

Verhaltenstherapeutische Interventionen bei rheumatischen Erkrankungen

Georg Jungnitsch

1. Einführung

Der Begriff "Rheuma" leitet sich aus dem griechischen Wort "rheo", d. h. "ich fließe" ab. Er entstand im Hinblick auf die diesen Krankheitsbildern gemeinsame Symptomatik des wandernden, fließenden Schmerzes. Wie Miehe (1989) ausführt, kann der Begriff des Rheuma oder des Rheumatismus aber nicht als eine überbegriffliche Krankheitseinheit, sondern muß vielmehr als eine nicht-wissenschaftliche und sehr weit gespannte Zusammenfassung sehr vieler unterschiedlicher Erkrankungen verstanden werden. Dies macht es notwendig, eine Klassifikation für die unter diesem Begriff gesammelten Krankheitsbilder zu finden.

1.1. Klassifikation rheumatischer Erkrankungen

Als einfachste, praxisrelevante Klassifikationsmöglichkeit wird häufig eine Einteilung in vier Hauptgruppen herangezogen (Müller und Schilling, 1982):

1. Entzündliche Gelenk- und Wirbelsäulenerkrankungen
Zu dieser ersten Gruppe zählen u. a. die chronische Polyarthritis, die ankylosierende Spondylitis (auch Morbus Bechterew genannt) sowie andere Gelenk- und Wirbelsäulenerkrankungen und die Kollagenkrankheiten.
2. Degenerative Gelenk- und Wirbelsäulenerkrankungen
Unter diese Gruppe werden die Arthrosen der Extremitätengelenke und Wirbelsäulengelenke sowie die nicht durch Entzündungen bedingten Schädigungen der Bandscheiben subsumiert.
3. Extraartikulärer oder Weichteilrheumatismus
Unter diese dritte Gruppe werden die Erkrankungen der übrigen dem Bewegungsapparat zugehörenden Strukturen, wie etwa Muskulatur, Sehnen,

Bänder u. ä. gerechnet. Krankheiten dieser Art können gelegentlich generalisiert verlaufen und bieten nicht selten kein faßbares organisches Korrelat zu den Beschwerden.

4. Pararheumatische Erkrankungen

Unter diese letzte Gruppe sind rheumatische Affektionen, die häufig mit Krankheiten anderer Organsysteme verknüpft sind, gefaßt. Die rheumatische Symptomatik ist dabei nur ein unspezifisches Teilsymptom des gesamten Krankheitsprozesses, wie zum Beispiel bei der Gicht oder bei Knochenschmerzen infolge einer Tumorerkrankung.

Die einzelnen Krankheitsbilder sollen hier nicht beschrieben werden. Hierzu kann auf umfangreiche Lehrbuchdarstellungen neueren Datums verwiesen werden (Fehr et al. 1989; Zeidler 1989).

Läßt man Punkt 4 der vorstehenden Klassifikation außer acht, so spiegelt sie in grober Vereinfachung auch wesentliche Unterschiede in den Hauptproblemen für den von einer rheumatischen Erkrankung Betroffenen wider. Dies ist gerade für die psychologische Herangehensweise an diese Personengruppe von besonderer Bedeutung. Vereinfachend kann nämlich festgestellt werden - immer unter Vernachlässigung individueller Besonderheiten - daß das Hauptproblem bei den nicht-entzündlichen Formen der rheumatischen Erkrankungen, die ohne entsprechenden Organbefund bleiben, beispielsweise also der dem Weichteilrheumatismus zuzurechnenden primären Fibromyalgie (Hug u. Gerber 1990), der Schmerz ist. Bei nicht entzündlichen Formen mit Organbefund, d. h. in erster Linie Arthrosen (Klassifikationspunkt 2), tritt zu dem Schmerz auch eine aus der jeweiligen Gelenksituation ableitbare Funktionseinschränkung hinzu. Die lokale Begrenztheit dieser Erkrankung bedingt dabei günstigenfalls eine ebensolche Begrenzung in der Funktionsminderung. Bei den entzündlichen Erkrankungen (Klassifikationspunkt 1) wie z. B. der chronischen Polyarthritis schließlich ist dann neben dem Schmerz meist eine diesem gleich- oder sogar höherwertig anzusehende umfassende Funktions-

veränderung oder Einbuße gegeben. Deren Ursachen liegen oft nicht nur im Bewegungsapparat, sondern in dem alle Körpersysteme in Mitleidenschaft ziehenden Charakter der Erkrankung.

1.2 Grundlagen psychologischer Interventionen

1.2.1 Rheumatische Erkrankungen als Behinderung

Für den größten Teil der rheumatischen Erkrankungen gilt, daß sie in ihrer Ätiologie entweder unverständlich sind oder daß es auch bei bekannter Ätiologie oft keine Möglichkeiten einer vollständigen Heilung gibt. Nur in einem Teil der Fälle ist eine kausal ausgerichtete Therapie möglich, die den Krankheitsprozeß zum völligen Abklingen bringt. Beispielsweise kann dies durch einen Gelenkersatz bei Arthrose oder einer entsprechenden medikamentösen Therapie bei der entzündlich rheumatischen Erkrankung Polymyalgie geleistet werden. Bei dem Großteil rheumatischer Erkrankungen geht es aber darum, diese auf der Ebene der Symptome soweit als möglich zu beeinflussen und die durch Schmerz und/oder strukturelle Schäden hervorgerufene Behinderung durch alle verfügbaren Maßnahmen so gering wie möglich zu halten. Behinderung kann entsprechend einer Systematik der WHO (1980) in unterschiedliche Bereiche unterteilt werden:

Strukturelle Abweichungen eines Organsystems von der Norm, funktionelle Einschränkungen, Begrenzungen und Benachteiligungen innerhalb eines gegebenen sozialen Kontextes.

Für alle von einer rheumatischen Erkrankung betroffenen Personen gilt, daß das Hauptanliegen auch der psychologischen Interventionen ist, einem Übergang zwischen einzelnen Ausprägungsformen einer Behinderung vorzubeugen oder ihn rückgängig zu machen, wenn er bereits erfolgt ist. Das bedeutet, daß die vorrangige Aufgabe des Psychologen in der Arbeit mit diesen Patienten ist, sie in ihren Anstrengungen zu unterstützen, die einzelnen Aspekte von Behinderung so weit als möglich zu equalisieren oder, wo das nicht möglich ist, sie zu akzeptieren (Jungnitsch, 1992 a). Dies impliziert, daß psychologisches Handeln bei praktisch allen von dieser Erkrankung betroffenen Patienten erforderlich ist. Daher sind psychologische Maßnahmen innerhalb des gesamten Behandlungs-

konzeptes vor allem als Routineangebote in Form von standardisierten Programmen zu konzipieren. Dies bedeutet für den Großteil psychologischer Interventionen, daß sie als sogenannte "Trainingskonzepte" angelegt werden müssen. Die individuelle Lage jedes Erkrankten wird in erster Linie dadurch berücksichtigt, daß jeweils ein seine besonderen Bedingungen in Betracht ziehendes interdisziplinäres Gesamtkonzept der Rehabilitation erstellt wird, in das die verschiedenen Standardverfahren aller Behandlergruppen eingeordnet werden. Gerade psychologische Trainingsprogramme sollten aber auch in ihrer Durchführung so gehalten sein, daß sie den individuellen Bedürfnissen einzelner Teilnehmer soweit als möglich Rechnung tragen. Die Einbindung psychologischer Behandlung in eine interdisziplinäre Konzeption läßt sich vor allem in Einrichtungen der stationären Rehabilitation, die auf die Behandlung von Patienten mit Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis spezialisiert sind, realisieren.

1.2.2 Spezifische Vorteile stationärer Behandlung

Ohne zunächst einzelne Krankheitsgruppen zu unterscheiden, sind es folgende Gründe, die es nahelegen, psychologische Maßnahmen gerade in die stationäre Versorgung von "Rheumapatienten" als Regelangebot aufzunehmen:

- Durch das konzentrierte, eher technikbezogene Angebot im stationären Rahmen kann für viele Patienten der Bereich psychologischer Ansätze verstehbar sowie der Nutzen für die eigene Person verdeutlicht und erlebbar werden. Hilfreiche Strategien werden so eher angenommen und eingesetzt.
- Für Patienten, denen die psychologische Vorgehensweise bereits vertraut ist, bietet das komprimierte Angebot Gelegenheit, ihre eigene Kompetenz wieder zu erweitern oder aufzufrischen. Ein vergleichbar intensives Vorgehen würde außerhalb des stationären Rahmens zu Lasten von Zeit gehen, die für wichtige berufliche, insbesondere aber soziale Aktivitäten genutzt werden kann. Zudem ist es für die Lernbereitschaft und Aufnahmefähigkeit gerade in Bezug auf Verhaltensveränderungen günstig, bereits das gewohnte Umfeld verlassen und Gelegenheit zu haben, frei vom Druck alltäglicher Verpflichtungen seine Aufmerksamkeit auf die eigene Person lenken zu können.
- Vor allem hat der Patient im stationären Bereich die Möglichkeit, mit Behandlungspersonal zu arbeiten, das sich spezifische Kenntnisse über diese Erkrankung und deren Bedingungen erworben hat.

Die Aufnahmebereitschaft und auch die Akzeptanz für den Einsatz neuer Verhaltensweisen kann somit dadurch gefördert werden, daß das therapeutische Personal über einen großen Erfahrungsschatz verfügt sowie vermehrtes Verständnis und umfassendere Kenntnisse auch bezüglich der persönlichen Lage der Betroffenen mitbringen kann.

1.2.3 Rheumatische Erkrankungen und psychische Alterationen

Neben dem allgemeinen, eher rehabilitationspsychologischen Vorgehen, ist für eine kleinere Gruppe von Patienten mit rheumatischen Erkrankungen eine psychotherapeutische Einzelbehandlung angezeigt. Es handelt sich dabei um solche, die entweder nach psychodiagnostischen Kriterien, aber auch ihrem eigenen Befinden nach krankheitswertige Veränderungen des Erlebens und/oder Verhaltens in jedwede Richtung zeigen. Der Anteil dieser Patienten ist innerhalb der verschiedenen Klassifikationsgruppen der rheumatischen Erkrankungen unterschiedlich groß (Jungnitsch 1988; Creed 1990; Yunus et al. 1991). Bei manchen Erkrankungen, beispielsweise dem Lupus erythematoses (Berlit 1989), können psychische Auffälligkeiten auch organisch bedingter Teil des Krankheitsbildes sein. Ist eine individuell ausgearbeitete Psychotherapie indiziert, kann diese stationär - mit entsprechender rheumatologischer Betreuung möglicherweise sogar vornehmlich in einer verhaltenstherapeutisch orientierten psychosomatischen Klinik - oder auch ambulant, eventuell einen stationären Aufenthalt in einer Rheumaklinik begleitend, durchgeführt werden. Der stationäre Einsatz bietet dabei auch bei diesen Patienten die bereits oben genannten Vorteile.

Das psychotherapeutische Vorgehen sollte im Rahmen moderner Verhaltenstherapiekonzeptionen mit ihrer Berücksichtigung der Bedingungs- und Funktionszusammenhänge der zu beobachtenden Störung (Schwarz 1986; Hand 1989) stattfinden. Dies ist damit zu begründen, daß in ihrer theoretischen Konzeption sowohl psychosomatische als auch somatopsychische Phänomene erklärt sind. Darüber hinaus haben in ihr Methoden ihren Platz, die im Sinne der Verhaltensmedizin (Miltner et al. 1986; Wahl u. Hautzinger 1989) auf die physiologische bzw. psychophysiologische Störung direkt abzielen.

2. Stationäre psychologische Therapiekonzepte

2.1 Psychotherapie bei rheumatischen Erkrankungen

Ein Konzept für einen stationären psychotherapeutischen Ansatz auf verhaltenstherapeutischer Grundlage, der auch bei Patienten mit Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis anwendbar ist, wurde von Köhler (vergl. Köhler u. Jungnitsch 1992) entwickelt.

Es handelt sich hierbei um ein Konzept, das einerseits psychologische Schmerztherapie vermittelt, andererseits auch über den Schmerz hinausgehende Problembereiche, die mit ihm verbunden aber auch unabhängig von ihm existieren können, aufgreift. Zwei wesentliche Bindeglieder für alle zum Einsatz gelangenden Techniken stellen dabei einmal die individuelle Einzeltherapie durch einen Bezugstherapeuten, zum anderen aber auch ein regelmäßiges wöchentliches Treffen aller Patienten mit Schmerzproblemen und deren Therapeuten dar. An einer Reihe von Verfahren nehmen alle Patienten mit chronischen Schmerzen teil. Es handelt sich dabei um die sogenannte psychologische Schmerzgruppe, eine körperorientierte Schmerzgruppe sowie um eine Trainingsgruppe für Bewältigungs- und Entspannungsverfahren. Die psychologische Schmerzgruppe findet zweimal wöchentlich über eine Zeitdauer von insgesamt 90 Minuten statt. In ihr wird ein umfassendes psychophysiologisches Modell, in das der Zusammenhang von Schmerz und psychischem Geschehen eingeordnet werden kann, vermittelt. Weiterhin wird insbesondere auch auf aufrechterhaltende Bedingungen für Schmerzempfindungen sowie auf die Bedeutung von Schmerz als Kommunikations- und verhaltenssteuerndes Element eingegangen. Desweiteren wird der Zusammenhang von Schmerz und Emotionen sowie die Stellung des Symptoms "Schmerz" innerhalb des gesamten sozialen Kontextes des Patienten erörtert.

In der Gruppe zur Einübung von Schmerzbewältigungsstrategien werden Techniken zur Schmerzkontrolle vermittelt. Sie findet dreimal wöchentlich über eine Zeitdauer von ca. 60 Minuten statt. In ihr werden unterschiedliche Entspannungsverfahren, Ablenkungstechniken, kognitive Verfahren, Verfahren der Schmerzbeobachtung sowie Selbstinstruktionstechniken vorgestellt und eingeübt.

Die körperorientierte Schmerzgruppe, die dreimal wöchentlich wiederum über 90 Minuten stattfindet, bezieht sich sowohl auf körperliche Techniken als

auch auf die Verbindung von Ausdrucksverhalten und Schmerz. So wird die Haltung des Körpers in Zusammenhang mit der Lebenshaltung des Patienten gebracht. Die körperliche Wahrnehmung soll verändert und erweitert werden, insbesondere auch nichtschmerzhaft Bereiche wieder entdeckt und auch die Bedeutung des körperlichen Ausdruckes in Zusammenhang mit emotionalen und kognitiven Bedingungen herausgearbeitet werden (vergl. hierzu Doubrava 1991). Mit Hilfe dieser verschiedenen Gruppen sollen die wesentlichen Elemente eines umfassenden psychologischen Schmerztrainings, nämlich die Vermittlung von Modellen, der Aufbau von Motivation sowie das konkrete Einüben von Techniken (Jungnitsch 1992 a) vermittelt werden. Diese in erster Linie schmerzbezogenen Behandlungsformen werden aufgrund der individuellen Verhaltensanalyse und der daraus abgeleiteten Therapieplanung durch z. B. Angstbewältigungstraining, Depressionsbehandlung, Partner- bzw. Familientherapie, Training zur sozialen Kompetenz, Emotionstraining usw. ergänzt.

Der vorstehende Ansatz fokussiert auf das Leitsymptom Schmerz und ist daher nicht auf den Einsatz bei Patienten mit einer rheumatologischen Diagnose beschränkt. Im folgenden soll nun weniger auf Konzepte zur Psychotherapie und Einzelfallbehandlung bei rheumatischen Erkrankungen (Günther 1989; Jungnitsch 1992 a; Köhler u. Jungnitsch 1992) als vielmehr auf die in diesen meist als Baustein enthaltenen psychologischen Trainingsverfahren eingegangen werden. Für bestimmte Krankheitsgruppen lassen sich besonders geeignete Programme benennen.

2.2 Psychologische Verfahren bei Patienten mit nicht-entzündlichen rheumatischen Erkrankungen

Bei den Patienten, die unter einer nicht-entzündlichen rheumatischen Erkrankung leiden, handelt es sich in der Hauptsache um Personen mit den Diagnosen "Arthrose einzelner Gelenke", "Hals-/Lendenwirbelsäulenbeschwerden degenerativer Natur", "chronisches Wirbelsäulensyndrom" und "Fibromyalgiesyndrom". Das Hauptproblem dieser Patienten ist meist der chronische Schmerz. Gerade bei diesen Patienten handelt es sich um solche, deren Befinden sich häufig nur in ganz geringem Maße aus ihrem "objektiven" rheumatologischen Befund ableiten läßt.

Differenziert man nun die Gruppe der Patienten mit nicht-entzündlichen rheumatischen Erkrankungen in eine Gruppe mit eindeutigem medizinischen Be-

fund, wie er meist bei den Gelenkverschleißerkrankungen (Arthrosen) erhoben werden kann und eine Gruppe, bei der sich kein solcher Befund erheben läßt, z. B. bei chronischen Wirbelsäulensyndromen oder der Fibromyalgie, so lassen sich auch im Rahmen des Trainingsansatzes unterschiedliche psychologische Handlungsschwerpunkte angeben.

2.2.1 Psychologische Verfahren bei Patienten mit Arthrosen

Die durch *Arthrosen* bedingten Schädigungen sind in der Regel irreversibel. Wie erwähnt, lassen sich daher nur begrenzt ätiologisch orientierte Behandlungsansätze finden. Diese liegen praktisch ausschließlich in einem möglichen operativen Gelenkersatz, der aus Gründen der begrenzten Haltbarkeit der Prothesen meist solange wie möglich hinausgeschoben werden muß. Daher ist für diese Patienten ein Hauptanwendungsgebiet psychologischer Verfahren, entsprechende operative Eingriffe begleitend vorzubereiten und in der postoperativen Phase zu betreuen. Häufig kommen hier von psychologischer Seite Techniken der Angstbewältigung, aber auch solche, die das Umgehen mit akuten Schmerzen vermitteln, zum Einsatz. Für ein solches interdisziplinäres Konzept chirurgischer und psychologischer Maßnahmen liegen eine Reihe positiver Ergebnisse vor (vgl. Höfling 1988; Höfling u. Butollo 1985).

Innerhalb eines solchen Konzeptes spielen auch Möglichkeiten, durch psychologische Strategien Anästhetika sowohl prä- als auch postoperativ einzusparen, eine bedeutende Rolle. So können bei den elektiven Eingriffen zur Gelenkkorrektur und zum Gelenkersatz in Zusammenarbeit mit der Anästhesie hypnotische Techniken zum Einsatz kommen (vgl. Kossak 1989; Revenstorf 1990). Diese können die Voraussetzung dafür schaffen, daß bei dem operativen Eingriff nur auf Lokalanästhetika zurückgegriffen werden muß und eine den Patienten eher belastendere Vollnarkose vermieden werden kann. Zur operativen Nachbetreuung sind schließlich auch verhaltenstherapeutisch aufgebaute Trainingsprogramme als Hilfe zum Wiedererlernen grundlegender Bewegungsmuster, z. B. die für die Gefährlichkeit notwendigen, zu zählen. Eine operative Therapie, die im Idealfall durch die geschilderten psychologischen Maßnahmen begleitet wird, ist jedoch nur für einen verhältnismäßig geringen Anteil von Patienten mit degenerativen Erkrankungen möglich. Die Mehrzahl dieser Patienten muß mit Schmerz und Funktionseinschränkungen leben; für sie bleiben allein symptomatische Behandlungen. Diese zielen in erster Linie auf die

Reduzierung oder die Beseitigung der Schmerzen ab. Dies wird durch entsprechende medikamentöse und vor allem physikalische Behandlung angestrebt.

Bezüglich psychologischer Maßnahmen finden sich für Patienten mit Arthrosen keine speziellen Untersuchungen in der Literatur. Es gibt jedoch Hinweise aus einem ambulanten Trainingsprogramm (Basler u. Rehfish 1989), daß gerade für diese Patienten im Unterschied zu solchen mit anderen rheumatischen Krankheitsbildern der geringste Nutzen aus psychologisch-schmerztherapeutischen Verfahren zu ziehen ist. Gerade im Hinblick auf die Bedeutung symptomzentrierter Vorgehensweisen (Fiedler 1991) muß daher betont werden, daß die Psychologie hier gefordert ist, durch die Entwicklung entsprechender für diese Patientenpopulation "maßgeschneiderte" Verfahren eine wesentliche Versorgungslücke zu schließen.

2.2.2 Psychologische Verfahren bei Patienten mit chronischem Wirbelsäulensyndrom

Bei Patienten mit *chronischen Wirbelsäulensyndromen* dagegen lassen sich durch psychologische Schmerzbewältigungsprogramme gute Erfolge erzielen (Turk u. Flor 1984; Basler u. Rehfish 1989). Diese Erfolge zeigen sich sowohl bei sogenannten multimodal konzipierten Programmen (Cziske et al. 1987; Rehfish et al. 1989) als auch bei Biofeedback-verfahren, wobei hier in erster Linie das EMG, d. h. Elektromyogramme, zu nennen sind. Das EMG-Biofeedback kann dabei unter unterschiedlichen Hauptzielrichtungen eingesetzt werden (Flor u. Hermann 1991): Einmal das Biofeedback als unterstützende Maßnahme, um dem Patienten das Erlernen von Muskelspannung zu erleichtern (Keefe et al. 1981 a; Keefe et al. 1981 b). Zweitens kann EMG-Feedback eingesetzt werden, um die Haltungs- und Bewegungsschulung zu unterstützen. Damit sollen vorhandene Bewegungsmuster soweit als möglich den bei gesunden Personen zu beobachtenden angeglichen werden (Flor u. Hermann 1992; Wolf, Nacht u. Kelly 1982). Schließlich kann Biofeedback auch noch als Möglichkeit zur Streßbewältigung eingesetzt werden. Damit soll ein Faktor, der für Wirbelsäulensyndrome als ätiologisch bedeutsam angesehen wird, direkt angegangen werden (Flor 1986; Flor et al. 1990). Bei der Durchführung von EMG-Biofeedback ist zu berücksichtigen, daß eine wesentliche Voraussetzung für den Behandlungserfolg ist, daß es von den relevanten Schmerzorten abgeleitet wird. Besonders ermutigend im Hinblick auf die Verfahren zu Muskel-biofeedback sind die Ergebnisse einiger Langzeitstu-

dien (Flor u. Hermann 1992). Biofeedback sollte im Regelfall innerhalb einer eher multimodal strukturierten Therapie angewendet werden. Im Extremfall kann es dabei nur als Hilfe zur Motivierung für eine psychologische Behandlung verwendet werden. Stehen psychophysiologische Reaktionsmechanismen, die in Zusammenhang mit der Schmerzproblematik des Patienten gebracht werden können (Flor 1986) aber bei der Verhaltensanalyse des Patienten ganz im Vordergrund, so kann es auch ganz als zentrale Methode eingesetzt werden (Flor u. Hermann 1991).

2.2.3 Psychologische Verfahren bei Patienten mit Fibromyalgie

Schließlich sind noch die Patienten mit der Diagnose *Fibromyalgie* (Hug u. Gerber 1990) zu nennen. Die Hauptprobleme dieser Patienten liegen in einem ubiquitären Schmerz, der bei der körperlichen Untersuchung an beschriebenen Druckpunkten besonders deutlich wird. Daneben finden sich meist Schlafprobleme und eine daraus resultierende generelle Müdigkeit und Müdigkeit. Dazu kommt häufig die subjektive Empfindung von Symptomen, wie sie auch bei entzündlich rheumatischen Erkrankungen zu beobachten sind. So wird über das Gefühl geschwollener Gelenke und Morgensteifigkeit berichtet (Yunus et al. 1989; Wolfe et al. 1990). Diese Empfindungen finden keine Entsprechung in den Ergebnissen ärztlicher Untersuchungen. Außer den beklagten Beschwerden lassen sich dort keinerlei pathologische Befunde erheben. Vielmehr findet sich bei der ärztlichen Untersuchung oft eine Arzt und Patient beunruhigende und oft zu Ratlosigkeit und diagnostischer Unsicherheit führende Diskrepanz zwischen den fehlenden und auf eine manifeste Gelenkschädigung hinweisenden Befunden und den darauf bezogenen, teils grotesk geschilderten Einschränkungen der Leistungsfähigkeit. Diese Diskrepanz zwischen Befund und Befinden (Nilges 1991) macht oft einen großen Teil des Leidensdrucks dieses Klientels aus. Häufig leiden diese Patienten auch darunter, daß ihre Beschwerden durch die Umwelt nicht nachvollzogen werden können. Von der Seite der Beeinträchtigung her unterschieden sich diese Patienten von denen, die massive rheumatische Befunde aufweisen, meist nur eben genau durch die fehlenden medizinischen Befunde. Der Anteil sogenannter "psychisch Auffälliger" ist bei ihnen gegenüber anderen Diagnosegruppen etwas erhöht (Jungnitsch 1988; Yunus et al. 1991). Innerhalb der gesamten Patientengruppe handelt es sich dabei aber wiederum nur um einen Anteil in der Größenordnung von rund 30 %. Da damit eine eindeutige "psychogenetische"

Erklärung ebenso wie eine eindeutige "somatische" Erklärung nicht möglich ist, wird die Frage nach der Ätiologie dieser Erkrankung um so interessanter. Neueste Befunde weisen auf eine zentrale Regulationsstörung des endokrinologischen und immunologischen Systems hin (Neeck 1990), die gerade diese Patienten im Hinblick auf Fragen zur Verbindung von psychologischen, immunologischen und endokrinologischen Mechanismen als besonders interessant erscheinen lassen.

Bei der Planung psychologischer Behandlung ist man hier aber in keiner anderen Lage als bei den bislang erörterten Krankheitsbildern. Bei unbekannter Krankheitsursache kann sich die Behandlung nur auf das Hauptsymptom "Schmerz" beschränken. Die Vorgehensweise entspricht damit ganz den Prinzipien, wie sie für multimodal konzipierte Schmerzbewältigungsprogramme (Jungnitsch 1992 b) gelten: Aus einem plausiblen, für den Patienten nachvollziehbaren Krankheitsmodell wird der gesamte Therapieansatz abgeleitet. Damit soll über die Vermittlung einzelner Techniken hinaus dem Patienten eine allgemeine Handlungskompetenz vermittelt werden. Diese ist entscheidende Voraussetzung für die erfolgreiche Anwendung einzelner Schmerzbewältigungstechniken (Geissner 1988; Geissner 1991; Geissner u. Würtele 1990). Dies bedeutet für die stationäre Behandlung dieser Patienten, daß weniger die einzelne Technik zur Bewältigung des Hauptproblems "Schmerz" im Vordergrund der Betrachtung zu stehen hat, sondern ein durch alle an der Behandlung dieses Patienten beteiligten Personen eindeutig und übereinstimmend dargestelltes Modell der Erkrankung und der Möglichkeiten, diese zu beeinflussen, wesentlich ist.

Darüber hinaus kommt es bei dieser Patientengruppe besonders darauf an, körperliche Ertüchtigung und damit den Trainingszustand des Körpers zu fördern. Dieser ist oft aufgrund von Schonverhalten sehr vernachlässigt worden. Voraussetzung dafür ist, daß die Angst abgebaut wird, daß durch Aktivität eine Schädigung des Bewegungsapparates ausgelöst werden könnte. Über ein ambulantes Gruppenprogramm für diese Patienten berichtet Keel (1990): Dieses Programm setzt sich aus den Elementen Information, Aussprache und Instruktion zu Selbsthilfestrategien, die aus Entspannungstechniken sowie kognitiv-verhaltenstherapeutischen Schmerzkontrolltechniken und verschiedenen Gymnastikübungen bestehen, zusammen. Die publizierte Evaluation dieses Programmes beschränkt sich bislang auf subjektive Bewertungen durch die Teilnehmer, die gegenüber einer Kontrollgruppe von Patienten, die ausschließlich ein autogenes Training erhielten, durchweg günstiger ausfiel. Im

stationären Bereich ist gegenwärtig folgende Behandlungsstruktur projektiert, die auf ihre Effektivität hin überprüft werden soll (Jungnitsch et al. in Vorb.):

Das in Abbildung 1 dargestellte Programmschema besteht aus folgenden Elementen:

1. Konservative physikalische und balneologische Maßnahmen (Massagen, Kneippanwendungen),
2. Bewegungstherapie insbesondere in Form von sportlich-spielerischer Betätigung,
3. Psychologische Schmerztherapie.

Diese wird folgendermaßen mit der Bewegungstherapie kombiniert und gemeinsam von psychologischer und krankengymnastischer Seite durchgeführt: Als organisatorischer Rahmen werden vier Gruppenstunden innerhalb von zwei Wochen mit einer Dauer von ca. 60 Minuten angesetzt. Es handelt sich dabei um eine offene Gruppe, die jeweils gemeinsam von Mitarbeitern der krankengymnastischen und psychologischen Abteilung durchgeführt werden. Die einzelnen Stunden werden dabei durch die krankengymnastischen Übungen gekennzeichnet, die aus einer einheitlichen Grundposition erfolgen. So steht in einer Stunde die Grundposition "Sitzen" mit aus hier erfolgenden Bewegungsübungen im Vordergrund. Damit in Verbindung werden als psychologische Übungselemente die Übung zur Schmerzobjektivierung, das Finden von Schmerzbildern sowie Visualisierungsübungen zur Schmerzerleichterung gebracht. In einer weiteren Stunde steht die Grundposition "Stehen" mit Ausdrucksübungen, Tanz und Bewegungsübungen sowie Übungen unter Einbeziehung eines Partners von der krankengymnastischen Seite im Zentrum. Die psychologische Übungseinheit hat in dieser Stunde das Ziel, Themen zur sozialen Kompetenz über Genußübungen und Ablenkungstechniken in Verbindung mit anderen zu fördern. Eine weitere Stunde widmet sich auf der krankengymnastischen Seite Übungen zur Ausgestaltung und Bewältigung von Bewegungsübergängen bzw. Positionsveränderungen. Diese werden auf der psychologischen Seite mit dem Ziel der Streßbewältigung ergänzt, wobei hier insbesondere die kognitiven Techniken der Streßimmunisierung angeschnitten werden. In der die insgesamt vier Stunden kompletierenden Übungseinheit sind auf krankengymnastischer Seite Übungen aus der Ausgangsposition "Rücklage" vorgesehen, wobei hier speziell die Betonung auf Atemtechniken gelegt wird. Diese werden durch die psychologischen Techniken, die insbesondere auf Entspannung abzielen, nämlich der "Reise durch den Körper" sowie der "Phantasiereise" ergänzt. Während die psychologischen Schmerzbewältigungstechniken

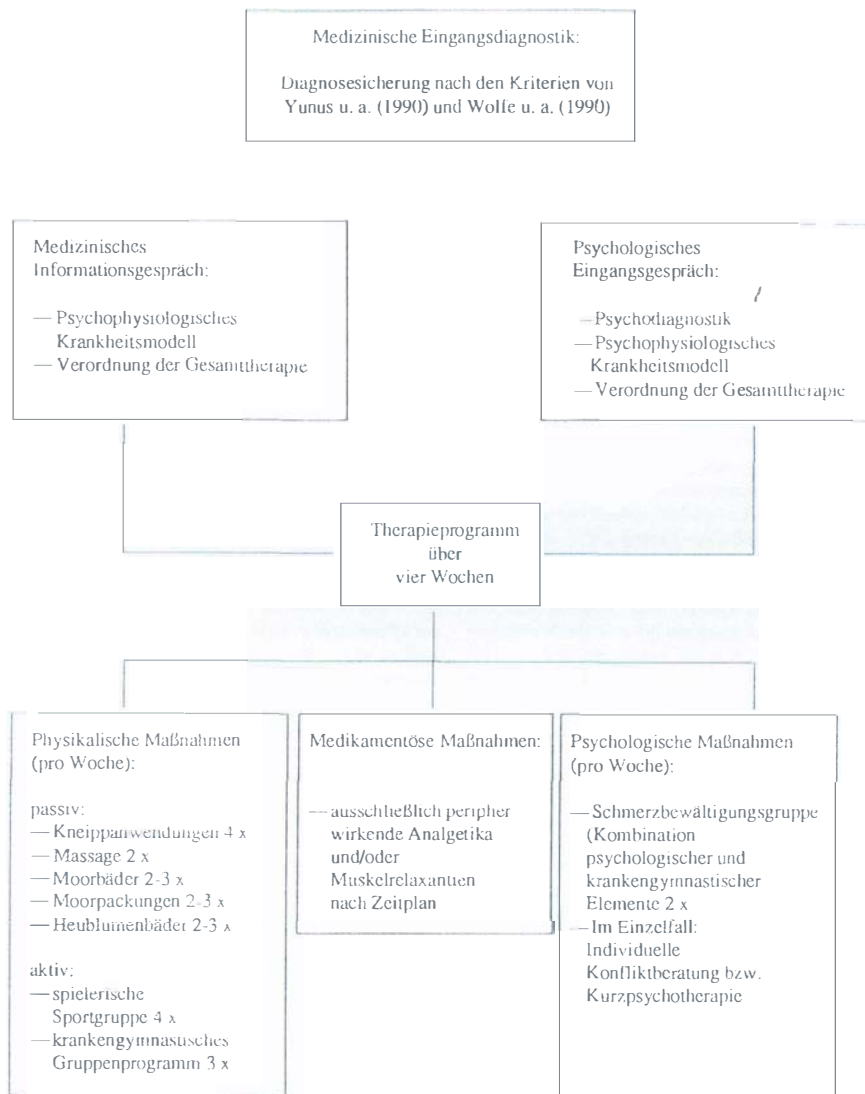


Abb. 1. Stationäres Behandlungskonzept für Fibromyalgiepatienten

aus Programmen isoliert wurden, die den Erfolg nachweisen konnten (vergl. Köhler 1982; Rehfish et al. 1989; Jungnitsch 1992 a), sollen die krankengymnastischen Übungsteile insbesondere die Zielbereiche Stabilisierung, Lockerung, Haltungsveränderung, Wahrnehmungsschulung, aber auch Entspannung und Förderung der Beweglichkeit mit integrieren. Ergebnisse zu der Effektivität des gesamten Ansatzes sowie zur Effektivität der einzelnen Elemente liegen bislang noch nicht vor.

der ergeben sich aus der Erkrankung selbst, aber auch aus der Tatsache, daß der Erkrankte meist zum Dauerpatienten wird. Die Patienten nennen oft folgende Problembereiche (Broda 1987): Schmerz, Depression, Funktionsverlust, Furcht vor unerwünschten Medikamentenwirkungen, Ungewißheit des Krankheitsverlaufs. Psychologische Unterstützung für diese Patientengruppe bedeutet, einen Ansatz zu finden, der die Kompetenz des Betroffenen fördert, sich mit diesen unterschiedlichen Bewältigungsaufgaben auseinander zu setzen.

2.3 Psychologische Verfahren bei entzündlichen rheumatischen Erkrankungen

Bei entzündlichen rheumatischen Erkrankungen ist neben den Schmerzen häufig auch ein weiterer Bereich anderer Problemfelder zu beobachten. So bezeichnen beispielsweise Raspe und Rehfish (1990) die chronische Polyarthrits als eine multifokale Erkrankung. Die Brennpunkte finden sich sowohl im somatischen als auch im psychosozialen Bereich. Die Problemfel-

2.3.1 Psychologische Verfahren bei Patienten mit chronischer Polyarthrits und Kollagenosen

Für Patienten mit chronischer Polyarthrits liegen eine ganze Reihe von Programmen vor, deren Effizienz in empirischen Untersuchungen immer wieder belegt werden konnten. Einige dieser Studien besonders zum Aufbau von Bewältigungsfertigkeiten sind in Tabelle 1 aufgeführt.

Tabelle 1. Untersuchungen zu psychologischen Gruppenbehandlungsverfahren bei Patienten mit chronischer Polyarthrits

Autoren	Art der Behandlung	Kontrollen	Ergebnisse
Schwartz et al. 1978	— psychodynamisch orientierte Gruppe mit Rollenspiel	nein	Verbesserung der Kommunikation
Udelmann & Udelmann	— Gesprächsgruppe	nein	Verbesserung der — Kommunikation — Stimmung
Achterberg et al. 1981	— Biofeedback — Entspannung — Imagination	ja	Zunahme der ADL Abnahme — der BSG — von Schmerz
Kaplan & Kozin 1981	— Gesprächsgruppe	ja	Verbesserung des Selbstkonzepts
Koopmann 1981	— Visualisierungsübungen	nein	Verbesserung des Wohlbefindens
Köhler 1982	— multimodales Schmerz-bewältigungs-training	ja	Abnahme — des affektiven Schmerzempfindens — von Angst und Depressivität
Potts & Brandt 1982	— soziale Unterstützung — Krankheitsinformation	ja	keine Effekte

Bradley et al. 1985	– kognitive VT und Biofeedback – soziale Unterstützung	ja	Abnahme – von Angst und Depressivität – der Schmerzintensität – der Krankheitsaktivität
Shearn & Fireman 1985	– soziale Unterstützung – Streßbewältigung	ja	keine Effekte
Strauss et al. 1986	– psychodynamische Gruppe – Selbstsicherheitstraining	ja	keine Effekte
Bradley et al. 1987	– kognitiv-verhaltens-therapeutische Gruppentherapie – soziale Unterstützung	ja	Abnahme – des Schmerzverhaltens – von Angst und Depressivität – von Krankheitsaktivität
Rehfisch 1988	– multimodales Schmerz-bewältigungs-training	ja	Abnahme – der Schmerzstärke – von Depression, Angst und körperlichen Beschwerden
Jungnitsch & Schmitz 1990	– multimodales Krankheits-bewältigungs-training	ja	Zunahme in mehreren Faktoren der Schmerz-bewältigung
Jungnitsch & Langhof 1991	– multimodales Krankheits-bewältigungs-training	ja	Abnahme – der Schmerzstärke – Depressivität Zunahme – positiver Selbstverbalisation

Aus dieser Tabelle ist zu entnehmen, daß ein eher allgemein gehaltenes Vorgehen ebensolche allgemeinen Ergebnisse wie "Verbesserung der Kommunikation" oder "Verbesserung des Selbstkonzeptes" erbringt. Es ist auch auffallend, daß solche Ansätze, die allgemein soziale Unterstützung oder Krankheitsinformation bzw. Streßbewältigung zum Inhalt hatten, keine Erfolge zeigten. Gerade auch die jüngsten Studien, die eine Veränderung der Krankheitsbewältigung zum Ziel hatten, zeigten zwar insgesamt tenden-

tiell ermutigende Ergebnisse, sind aber trotzdem für den Bereich der Krankheitsbewältigung den statistischen Nachweis ihrer Effizienz letztendlich noch schuldig geblieben (Jungnitsch u. Langhof 1991; Jungnitsch u. Schmitz 1990). Hier ist aber insbesondere auf die noch geringe Zahl der untersuchten Personen hinzuweisen. Doch auch mit dieser geringen Anzahl von Probanden haben diese Programme, die auf kognitiv-verhaltenstherapeutischer Basis multimodale Bewältigung von Krankheit und Schmerz im

Zentrum ihres Ansatzes hatten, durchgängig Abnahmen zumindest in einem Schmerz Aspekt sowie in der Regel eine Verringerung von Angst und Depressivität erbracht. Die Verbesserung der Schmerzbewältigungskompetenz läßt sie daher in dieser Hinsicht als bewährt erscheinen, hinsichtlich der Krankheitsbewältigung sind sie aber noch ausbaufähig. Gegenwärtig ist für Patienten mit chronischer Polyarthrititis folgende Grundstruktur ausgearbeitet (vgl. Jungnitsch 1992 a):



Abb. 2. Gruppenprogramm für Patienten mit chronischer Polyarthrititis

Neben diesem multimodalen Programm zur Schmerz- und Krankheitsbewältigung ist gerade im Hinblick auf eine intensivere Zusammenarbeit von Medizinern und Psychologen ein Ansatz weiter zu verfolgen, der mit Hilfe von Visualisierungstechniken (Simonton et al. 1982) eine Beeinflussung der Krankheitsaktivität zum Ziel hat. Gleichzeitig kann damit aber auch zum Beispiel eine Veränderung in der Empfindung und der Einstellung gegenüber der medikamentösen Behandlung als Ziel angestrebt werden. Der Entwurf eines solchen Standardgruppenprogrammes hat bislang folgende Form (Jungnitsch 1992 a):

Abb. 3. Visualisierungstraining für Patienten mit chronischer Polyarthrititis

Folgende Bereiche sollen in der Visualisierungsgruppe angesprochen werden:

- Ablenkung von Schmerz

- Veränderung in den Empfindungen gegenüber der Krankheit
- endogene Beeinflussung des Krankheitsverlaufes
- positive Einstellung gegenüber medikamentöser Behandlung

Visualisierungstechniken könnten auch bei einer weiteren Gruppe entzündlich rheumatischer Erkrankungen von großem Wert sein. Es handelt sich dabei um diejenigen, bei denen diese Erkrankungen mit möglicherweise auch entstehenden Haut- und eventuell darüber hinausgehenden weiteren Organmanifestationen verbunden sind. Diese Erkrankungen werden als Kollagenosen angesprochen und haben im allgemeinen einen ausgeprägten immunologischen Hintergrund in ihrer Pathogenese (vgl. Fehr et al. Kap. 11). Eine Reihe von Untersuchungen hat gezeigt, daß gerade für Hauterkrankungen psychologische Verfahren, die aus Überlegungen zur Psychoimmunologie abgeleitet sind, in eine zukunftsweisende Richtung gehen (Scholz 1990; Scholz u. Luderschmidt 1989). Gerade für den stationären Bereich ist es geboten, diese Methoden zusammen mit den dort möglichen umfassenden Untersuchungs- und Kontrollmöglichkeiten einzusetzen und zu entwickeln. Abgesehen von solchermaßen ätiologisch ausgerichteten Ansätzen muß aber gerade für die letztgenannte Patientengruppe zu den standardisierten Schmerzbewältigungstechniken auf alle Fälle hinzutreten, daß Möglichkeiten zur Verfügung gestellt werden, mit der Manifestation der Erkrankung besonders auch im Gesichtsbereich umgehen zu können. Dies bedeutet, daß gerade für diese Krankheitsgruppe im Gesamtprogramm der Baustein zur Erhöhung sozial kompetenten Verhaltens nicht fehlen darf.

2.3.2 Psychologische Verfahren für Patienten mit Morbus Bechterew

Für die zweite große Diagnosegruppe entzündlich rheumatischer Erkrankungen, dem Morbus Bechterew (vgl. Zeidler 1989), gibt es nur extrem wenige Untersuchungen, in denen ein psychologisches Programm zum Einsatz kam (Rehfish HP, Basler 1989; Jungnitsch u. Stöveken 1990; Basler u. Rehfish 1991). Insgesamt zeigen sich die hier eingesetzten multimodalen, kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierten Gruppenprogramme auch innerhalb eines kurzfristigen Einsatzes im stationären Bereich (Jungnitsch u. Stöveken 1990) als effektiv. Dieser stationäre Ansatz sei im folgenden kurz skizziert:

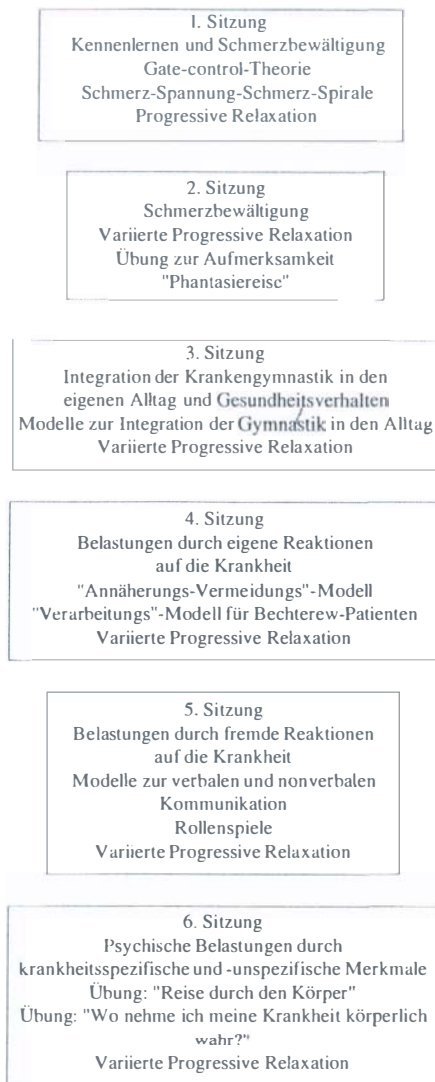


Abb. 4. Themenschwerpunkte des Gruppenprogramms zur Krankheitsbewältigung für Patienten mit Morbus Bechterew

Als übergreifender Bezugsrahmen wird in der Anfangsstunde die Gate-control-Theorie (Melzack u. Casey 1968) vorangestellt. Als erste Schmerzbewäl-

tigungstechnik wird die progressive Muskelrelaxation durchgeführt. Diese Technik steht auch am Ende aller weiteren Stunden, wobei die Übungen im Sitzen, im Gehen und im Stehen durchgeführt werden. In der zweiten Stunde folgen eher nach innen gerichtete Schmerzbewältigungstechniken, die auf die charakteristischen Schmerzen des Bechterew-Patienten, die häufig nachts auftreten, abgestimmt sind. Mit der dritten Stunde beginnen Einheiten, die auf die Krankheitsbewältigung abzielen. Dabei geht es darum, daß die speziellen und unerläßlichen krankengymnastischen Übungen konstant selbstständig durchgeführt werden. Dann wird das Erleben des Prozesses der Krankheitsbewältigung, wie es sich für die Teilnehmer der Gruppe darstellt, thematisiert. In der fünften Stunde schließlich wird die soziale Umwelt und deren vielgestaltige Reaktion auf die Erkrankung mit einbezogen. Hier steht besonders die kommunikative Wirkung der Körperhaltung des Bechterew-Kranken im Zentrum des Interesses. Die Körperhaltung dieser Personen wird von der Umwelt oft als hochmütig oder als abweisend interpretiert. Durch das Aufgreifen von Belastungssituationen, die sowohl unmittelbar als auch mittelbar mit der Erkrankung in Beziehung stehen, sollen abschließend alle Möglichkeiten der Bewältigung noch einmal rekapituliert und trainiert werden.

Mit diesem Konzept konnten erste positive Ergebnisse erreicht werden, auf deren Grundlage die Weiterentwicklung dieses Ansatzes verfolgt werden kann (Jungnitsch u. Stöveken 1990).

Literatur

- Achterberg J, McGraw P, Lawlis GF (1981) Rheumatoid Arthritis: A Study of Relaxation and Temperature Biofeedback Training as an Adjunctive Therapy. *Biofeedback and Self-Regulation* 6: 207-223
- Basler HD, Rehfish HP (1989) Psychologische Schmerztherapie in Rheuma-Liga-Selbsthilfegruppen. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, Band XVIII, 3: 203-214
- Basler HD, Rehfish HP (1991) Cognitive-behavioral therapy in patients with ankylosing spondylitis in a German self-help organization. *Journal of Psychosomatic Research* 35: 345-354
- Berlit P (1989) Lupus erythematoses und Nervensystem. *Dt. Ärztsbl.* 86: 2192-2195

3. Resümee

Bei rheumatischen Erkrankungen gibt es je nach Diagnose ein weites Angebot verhaltenstherapeutischer Techniken. Diese müssen in die Gesamtbehandlung der Patienten mit einbezogen werden. Sie reichen vom symptomzentrierten Ansatz der Schmerzbewältigung bis hin zu solchen Verfahren, von denen vermutet werden kann, daß sie auch Auswirkungen auf den pathophysiologischen Prozeß der Entstehung und Fortentwicklung der Erkrankung selbst Einfluß haben. Zu unterstreichen ist dabei, daß für den stationären Einsatz die psychologische Behandlung nicht als elektiv für Patienten mit besonderer Diagnose anzusehen ist, sondern daß sie als selbstverständlicher Pfeiler innerhalb der Gesamtherapie jedweder rheumatischen Erkrankung anzusehen ist. Bei allen inhaltlichen Überschneidungen psychologischer Gruppenprogramme für die einzelnen medizinisch bestimmten Diagnosegruppen ist aber darauf zu achten, daß für den stationären Einsatz krankheitsgruppenspezifische Programme konzipiert werden (Fiedler 1991). Dies resultiert aus der Notwendigkeit, spezielle Probleme der einzelnen Krankheitsbilder besonders zu berücksichtigen. Die unerläßliche Einbeziehung psychologischer Behandlung in das stationäre Therapieprogramm ist dabei noch durch ambulante Angebote zu ergänzen, die dieses stationäre Angebot aufgreifen und fortführen.

- Bradley LA, Turner RA, Young LD, Agudelo CA, Anderson KO, McDaniel LK (1985) Effects of Cognitive-Behavioral Therapy on Pain Behavior of Rheumatoid Arthritis (RA) Patients: Preliminary Outcomes. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 14: 51-64
- Bradley LA, Young LD, Anderson KO, Turner RA, Agudelo CA, McDaniel LK, Pisko EJ, Semble EL, Morgan TM (1987) Effects of psychological therapy on pain behavior of rheumatoid arthritis patients. *Arthritis and Rheumatism* 30: 1105-1114
- Isroda M (1987) Wahrnehmung und Bewältigung chronischer Krankheiten. Eine Vergleichsstudie unterschiedlicher Krankheitsbilder. Deutscher Studienverlag, Weinheim

- Creed F (1990) Psychological disorders in rheumatoid arthritis: A growing consensus? *Annals of the Rheumatic Diseases* 49: 808-812
- Cziske R, Jäckel W, Jacobi E (1987) Effekt eines Kurztrainingsprogramms zur Schmerzbewältigung bei Rheumapatienten während der Rehabilitation. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* XVI: 115-123
- Doubrawa R (1991) Integration körpertherapeutischer Methoden in die (stationäre) Verhaltenstherapie psychosomatischer Patienten? *Praxis der klinischen Verhaltenstherapie und Rehabilitation* 13: 54-59
- Fehr K, Miehle W, Schattenkirchner M, Tillmann K (Hrsg.) (1989) *Rheumatologie in Praxis und Klinik. Kap. 11: Entzündliche Systemerkrankungen des Bindegewebes (Konnektivitiden, Kollagenosen im engeren Sinn)*. Thieme, Stuttgart
- Fiedler P (1991) Wirkfaktoren und Änderungskonzepte in der Verhaltenstherapie. *Verhaltenstherapie im Übergang zu den neunziger Jahren. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 2/91: 131-143
- Flor H (1986): Zur Psychophysiologie chronischer Schmerzsyndrome: Gibt es symptom-spezifische physiologische Reaktionen? In: Amelang M (Hrsg.) Bericht über den 35. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Heidelberg 1986, Band 2: Übersichten, Positionen, Integrative Referate. Verlag für Psychologie Hogrefe, Göttingen, S. 145-157
- Flor H, Hermann Ch (1992): Psychophysiologische Verfahren (Biofeedbackverfahren) in der Behandlung chronischer Schmerzsyndrome. In: Geissner E, Jungnitsch G (Hrsg.) *Psychologie des Schmerzes - Diagnose und Therapie*. Psychologie Verlags Union, Weinheim, Kap. 20
- Flor H, Birbaumer N, Turk DC (1990) The psychobiology of pain. *Advances in Behaviour Research and Therapy* 12: 47-85
- Geissner E (1988) Schmerzerleben, Schmerzbewältigung und psychische Beeinträchtigung. Roderer, Regensburg
- Geissner E (1991) Psychologische Faktoren der Schmerzkontrolle und ihre Effekte auf Dimensionen schmerzbezogener subjektiver Belastung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie* 39 (1): 47-63
- Geissner E, Würtele U (1990) Kognitive und aktonale Bewältigungsmaßnahmen chronischer Schmerzpatienten. Vortrag 37. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, Kiel, 24.- 27. 9. 1990
- Günther V (1988): Verhaltenstherapeutische Interventionsmöglichkeiten bei Patienten mit primär chronischer Polyarthrit. *Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin* 4, 1: 313-333
- Hand I (1989) Verhaltenstherapie und kognitive Therapie in der Psychiatrie. In: Hand I, Wittchen HU (Hrsg.) *Verhaltenstherapie in der Medizin*. Springer, Berlin S. 17-41
- Höfling S (1988) *Psychologische Vorbereitung auf chirurgische Operationen*. Springer, Berlin Heidelberg
- Höfling S, Butollo W (1985) Prospektiven einer psychologischen Operationsvorbereitung. *Anaesthesist* 34: 273-279
- Hug Ch, Gerber NJ (1990): Fibromyalgiesyndrom, oft verkannte Realität. *Schweizerische medizinische Wochenschrift* 120, 12: 395-401
- Jungnitsch G (1988) Psychologische Aspekte der Fibromyalgie. In: Albrecht HJ (Hrsg.): *Muskelkrankheiten und Rheuma I. colloquia rheumatologica* 40: 16-24
- Jungnitsch G (1992 a) Schmerz- und Krankheitsbewältigung bei rheumatischen Erkrankungen. (Materialien zur Verhaltensmedizin Bd. 1). Quintessenz, München
- Jungnitsch G (1992 b) Psychologische Verfahren in der Therapie chronischer Schmerzen - Grundlagen und Überblick. In: Geissner E, Jungnitsch G (Hrsg.): *Psychologie des Schmerzes - Diagnose und Therapie*. Psychologie Verlags Union, Weinheim Kap. 14
- Jungnitsch G, Langhof S (1991) Ein Krankheitsbewältigungstraining für Patienten mit chronischer Polyarthrit. Trends und erste Ergebnisse. *Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychosomatik* 39 (3): 283-299
- Jungnitsch G, Schmitz J (1990) Vergleich von Gruppenbehandlungsverfahren zur Schmerz- und Krankheitsbewältigung bei Patienten mit chronischer Polyarthrit. Vortrag: 37. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, Kiel, 24. - 27. 9. 1990
- Jungnitsch G, Stöveken, D (1990) Psychologisches Schmerz- und Krankheitsbewältigungstraining für Patienten mit Spondylitis ankylosans. Vortrag: 24. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie, Hannover, 25. - 29. 9. 1990
- Jungnitsch G, Albrecht M, Schneider F (in Vorb.) Stationäres Therapieprogramm für Patienten mit Fibromyalgiesyndrom
- Kaplan S, Kozin F (1981) A controlled study of group counselling in rheumatoid arthritis. *The Journal of Rheumatology* 8: 91-99
- Keefe FJ, Block AR, Williams RB, Surwit RS (1981 a) Behavioral treatment of chronic low back pain: Clinical outcome and individual differences in pain relief. *Pain* 11: 221-231
- Keefe FJ, Schapira B, Williams RB, Brown C, Surwit RS (1981 b) EMG-assisted relaxation training in the management of chronic low back pain. *Am J Clinic Biofeedback* 4: 93-103
- Keel PJ (1990) Sechs Jahre Erfahrung mit ambulanter Gruppenbehandlung für Weichteilrheumatiker. *Der Schmerz* 4: 88-95
- Köhler H (1982) Psychologische Schmerzbewältigung bei chronischer Polyarthrit. Eine empirische Untersuchung. Dissertation, Universität Tübingen
- Köhler H, Jungnitsch G (1992) Psychotherapie bei Schmerz - ein Einzelfall. In: Geissner E, Jungnitsch G (Hrsg.): *Psychologie des Schmerzes - Diagnose und Therapie*. Psychologie Verlags Union, Weinheim Kap. 15
- Koopmann P (1981) Psychologische Hilfe bei rheumatischen Erkrankungen. Diplomarbeit, Universität Hamburg

- Kossack H-C (1989) *Hypnose*. Psychologie Verlags Union, München
- Melzack R, Casey KL (1968): Sensory, motivational, and central control determinants of pain: A new conceptual model. In: Kenshalo D (ed): *The skin senses*. C.C. Thomas, Springfield
- Miehle W (1989) Nomenklatur und Geschichte. In: Fehr K, Miehle W, Schattenkirchner M, Tillmann K (Hrsg.): *Rheumatologie in Praxis und Klinik*. Thieme, Stuttgart
- Miltner W, Birbaumer N, Gerber WD (Hrsg.) (1986) *Verhaltensmedizin*. Springer, Berlin Heidelberg
- Müller W, Schilling F (1982) Differentialdiagnose rheumatischer Erkrankungen. Aesopus, Basel
- Neeck G (1990) Neurohormonale Aspekte der GTM. Vortrag, Symposium Generalisierte Tendomyopathie (Fibromyalgie), Bad Säckingen, 28. - 30. 6. 1990
- Nilges P (1991) Befund und Befinden bei Schmerz. Vortrag, Psychologische Arbeitstagung 1991 des Arbeitskreises Klinische Psychologen in Rehabilitationskliniken in der Sektion Klinische Psychologie BDP, Bad Wildungen, 1. - 3. 3. 1991
- Potts M, Brandt KD (1982) Analysis of Education - Support Groups for Patients with Rheumatoid Arthritis. *Patient Counseling and Health Education* 4: 161-166
- Raspe HH, Rehlfisch HP (1990) Entzündlich-rheumatische Erkrankungen. In: Basler HD, Franz C, Kröner-Herwig B, Rehlfisch HP, Seemann H (Hrsg.) *Psychologische Schmerztherapie*. Springer, Berlin Heidelberg S. 328-347
- Rehlfisch HP (1988) Psychologische Schmerztherapie bei chronischer Polyarthrit. Eine kontrollierte Studie. *Aktuelle Rheumatologie* 1: 34-37
- Rehlfisch HP, Basler HD (1989) Kognitive Verhaltenstherapie bei Patienten mit ankylosierender Spondylitis. *Z Rheumatol* 48: 79-85
- Rehlfisch HP, Basler HD, Seemann H (1989) Psychologische Schmerzbehandlung bei Rheuma. Springer, Berlin Heidelberg
- Revenstorff D (Hrsg.) (1990) *Klinische Hypnose*. Springer, Berlin Heidelberg
- Scholz OB (1989) Verhaltensmedizin bei Hauterkrankungen. In: Wahl R, Hautzinger M (Hrsg.) *Verhaltensmedizin. Konzepte, Anwendungsgebiete Perspektiven*. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln S. 95-104
- Scholz OB, Luderichs CH (1989) Psychische Aspekte dermatologischer Erkrankungen. In: Florin I, Hahlweg K, Haag G, Brack UB, Fahrner EM (Hrsg.) *Perspektive Verhaltensmedizin*. Springer, Berlin Heidelberg S. 42-52
- Schwarz D (Verhaltenstherapie. In: Uexküll T v (Hrsg.) (1986): *Psychosomatische Medizin*, 3. Auflage. Urban & Schwarzenberg, München, S. 268-291
- Schwartz L, Marcus R, Condon R (1978) Multidisciplinary Group Therapy for Rheumatoid Arthritis. *Psychosomatics* 19: 289-293
- Shearn MA, Fireman BH (1985) Stress Management and Mutual Support Groups in Rheumatoid Arthritis. *The American Journal of Medicine* 78: 771-775
- Simonton OC, Matthews-Simonton S, Creighton J (1982) Wieder gesund werden. Eine Anleitung zur Aktivierung der Selbstheilungskräfte für Krebspatienten und ihre Angehörigen. Rowohlt, Hamburg
- Strauss GD, Sinden-Spiegel J, Daniels M, Spiegel T, Landsverk J, Roy-Ryner P, Edelstein C, Ehlhardt J, Falke R, Hiudin L, Zackler L (1986) *Group Therapies for Rheumatoid Arthritis: A Controlled Study of Two Approaches*. *Arthritis and Rheumatism* 29: 1203-1209
- Turk DC, Flor H (1984) Etiological theories and treatments for chronic back pain II. *Psychological Models and interventions*. *Pain* 19: 209-233
- Udelman HD, Udelman DL (1978) Group Therapy with Rheumatoid Arthritic Patients. *American Journal of Psychotherapy* 32: 288-299
- Wolf SL, Nacht M, Kelly JL (1982) EMG feedback training during dynamic movement for low back pain patients. *Behavior Therapy* 13: 395-496
- Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, Tugwell P, Campbell SM, Abeles M, Clar P, Fam AG, Farber StJ, Fiechtnr JJ, Franklin CM, Gatter RA, Hamaty D, Lessard J, Lichtbroun AS, Masi AT, McCain GA, Reynolds WJ, Romano ThJ, Russell JJ, Sheon RP (1990): The american college of rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. *Arthritis and Rheumatism*, Vol. 33, 2: 160-172.
- World Health Organization (1980) International classification of impairments, disabilities and handicaps. WHO, Genf
- Yunus MB, Masi AT, Aldag JC (1989) A controlled study of Primary Fibromyalgia Syndrome: Clinical features and association with other functional syndromes. *Journal of Rheumatology* 16 (Supp.19): 62-71
- Yunus MB, Ahles TA, Aldag JC, Masi AT (1991): Relationship of clinical features with psychological status in primary fibromyalgia. *Arthritis and Rheumatism*, Vol. 34, 1: 15-21
- Zeidler H (Hrsg.) (1989) *Rheumatologie*. (Bd. 6 und Bd. 7 von Gerok W, Hartmann F, Schuster HP (Hrsg.) *Innere Medizin der Gegenwart*. Urban & Schwarzenberg, München Wien Baltimore